

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Décembre 1895, à 1 heure

PAR

G. COURTOIS

Né à Préaux (Seine-Inférieure), le 21 janvier 1868.

Docteur en médecine de la Faculté de Paris

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS LES
TUBERCULOSES PÉRIPHÉRIQUES

CHEZ LES

TUBERCULEUX PULMONAIRES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RICARD, professeur.
LEJARS et BROCA, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Décembre 1895, à 1 heure

PAR

G. COURTOIS

Né à Préaux (Seine-Inférieure), le 21 janvier 1868.

Docteur en médecine de la Faculté de Paris

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS LES
TUBERCULOSES PÉRIPHÉRIQUES

CHEZ LES

TUBERCULEUX PULMONAIRES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RICARD, professeur.
LEJARS et BROCA, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DoyenM.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	FOUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BEAUGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SCHWARTZ.
BAR.	LEJARS.	SEBILLEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERRY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHANTEMESSE.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVENT.	NELATON.	VILLEJEAN.
DELBET.	NETTER.	WALTER.
FAUCONNIER.	POIRIER, chef des	WEISS.
GAUCHER.	trav. anatomiques.	WIDAL.
GILBERT.	RETTNER.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.		

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à l'Hôpital de la Charité, Membre de l'Académie
de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

**De l'Intervention chirurgicale dans les tubercules périphériques
chez les Tuberculeux pulmonaires**

INTRODUCTION

Dans ce modeste travail nous n'avons pas la prétention de présenter des considérations nouvelles. Certes, il y aurait témérité après ce que nos maîtres ont écrit et longuement discuté sur ce sujet à prétendre innover dans la matière. Mais s'il y a peu de réflexions personnelles, ne sommes-nous pas défendus d'avance par la plume autorisée de J.-J. Rousseau qui écrivait : « Je sais que la vérité est dans les choses et non dans mon esprit qui les juge, et que moins je mets du mien dans les jugements que j'en porte, plus je suis sûr d'approcher de la vérité ». Enfin nous devons l'avouer, ce n'est pas sans crainte que nous aurions vu approcher l'époque où il nous faudrait écrire pour satisfaire à un devoir, à une obligation imposée si nous n'avions su d'avance que nous avions de grands droits à l'indulgence de nos juges.

De tout temps, l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux pulmonaires a été essayée comme mode de trai-

tement des tuberculoses externes. Mais dès qu'il s'est agi, d'en poser les indications, d'en doser les avantages et les inconvénients, d'en calculer la portée pour la santé future du malade, on a vu des divergences se produire ; et à l'heure actuelle, quelle que soit la haute importance de cette question à cause même de son extrême fréquence, l'opinion de beaucoup n'est pas ferme.

Cependant on peut diviser en deux camps bien tranchés les chirurgiens qui ont discuté sur ce sujet. Les uns partisans résolus de l'intervention, voient leurs rangs grossir tous les jours, les autres, adversaires convaincus (non pas d'une façon absolue, puisqu'ils sont les premiers à reconnaître et à dire bien haut qu'il y a des cas où elle est formellement indiquée) ont pour eux l'autorité de quelques grands noms scientifiques.

Disons maintenant qu'une étude attentive des diverses opinions, la lecture impartiale des opinions favorables et défavorables, mais surtout le souvenir des quelques cas vus par nous dans différents services hospitaliers, nous ont décidé à nous ranger parmi les interventionnistes. C'est donc leur cause que nous allons essayer de plaider.

Voici quel sera le plan de notre travail ;

Après une courte étude historique qui nous montrera aux prises les parties adverses, nous aborderons immédiatement notre sujet.

L'intervention a des partisans qui appuient leurs convictions sur des arguments à priori et les justifient par des résultats. Nous ferons donc l'exposé de leurs idées et des nôtres, en même temps que nous publierons leur succès et quelques-unes de leurs observations les plus probantes.

Le même procédé d'exposition nous servira pour réfuter les opinions des adversaires. Après avoir étudié les motifs de leurs fréquentes abstentions, nous discuterons la valeur des observations sur lesquelles ils basent cette thérapeutique inactive.

Nous terminerons par des conclusions.

Avant d'aborder notre sujet, nous ne saurions manquer à une respectueuse tradition. Qu'il nous soit permis de remercier ceux qui par leur pratique et leurs leçons nous ont enseigné les devoirs du médecin.

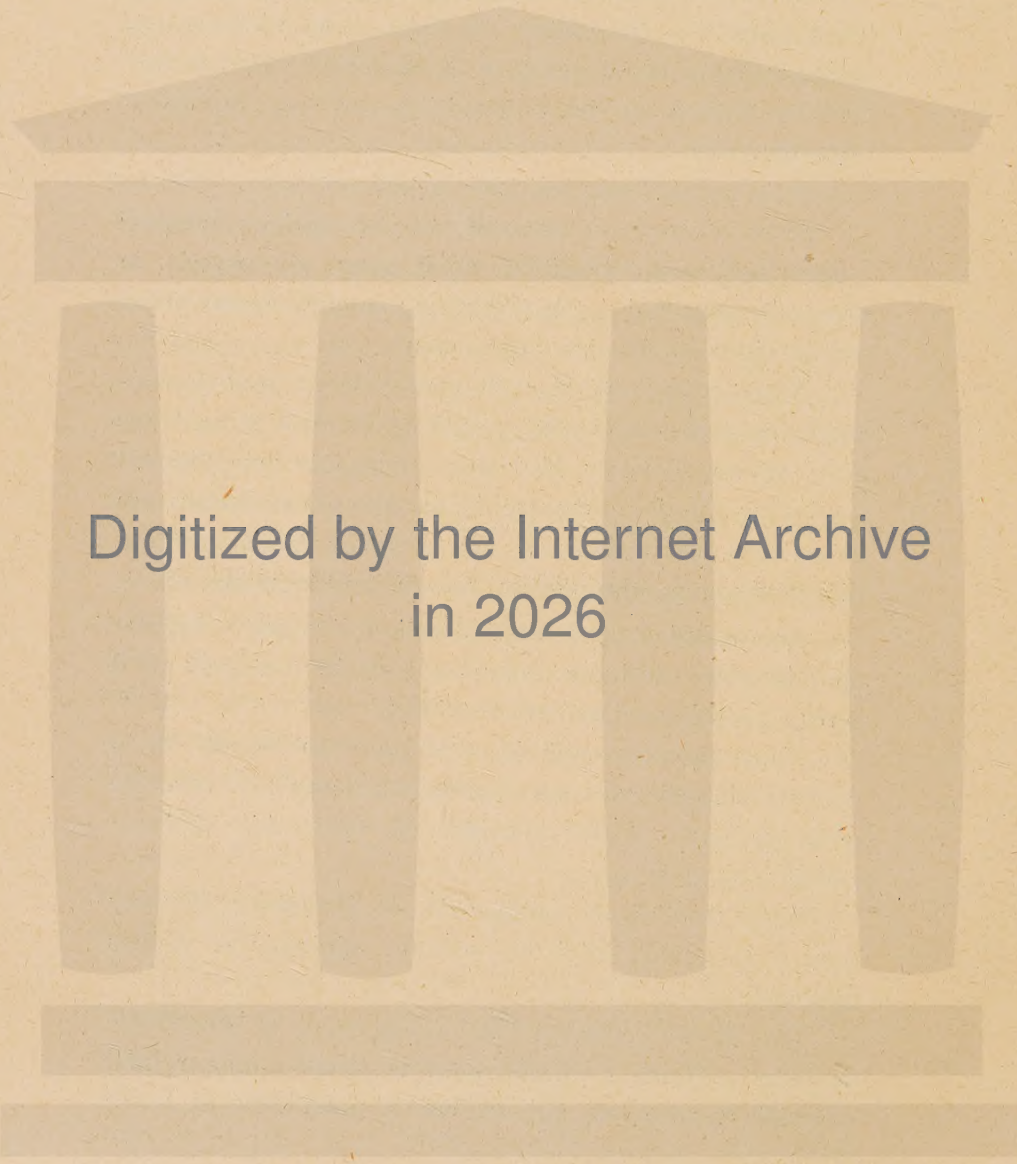
Nous remercions M. le docteur d'Heilly dont l'enseignement dans l'étude des maladies infantiles nous a été d'un secours précieux. M. le docteur Beclère pour l'intérêt qu'il nous a toujours montré depuis que nous sommes son élève. MM. les professeurs Landouzy et Proust qui ont bien voulu nous faire profiter de leur savant enseignement.

Que M. le docteur Lucas-Championnière agrée l'expression de notre gratitude pour les conseils pratiques qu'il nous a prodigués dans son service.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le docteur Maygrier des excellents conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer et des marques de sympathie qu'il n'a cessé de nous donner.

Nous ne pouvons oublier M. le Professeur Duplay dont nous avons suivi les savantes cliniques si pleines d'intérêt.

Que M. le Professeur Tillaux daigne agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant aujourd'hui la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0015

HISTORIQUE

L'intervention chirurgicale chez les tuberculeux n'est point de date récente. Du temps de Celse on enlevait les ganglions strumeux. Ambroise Paré les extirpait aussi.

Si nous arrivons à une époque plus rapprochée de la nôtre et si nous n'envisageons que le point spécial qui fait l'objet de cette étude, nous trouvons dans les leçons du citoyen Boyer (1) des indications très nettes mais beaucoup trop restreintes de l'intervention chez les tuberculeux pulmonaires. Pour lui, il ne fallait opérer que lorsque tous les moyens avaient échoué, que les désordres étaient grands, qu'il y avait en même temps lésions pulmonaires, fièvre hectique, affaiblissement considérable et danger de mort. Il attendait pour opérer que le malade fut cachectisé, épuisé par la douleur et la suppuration.

Velpeau (2), Gerdy (3), Malgaigne (4), étaient aussi des partisans convaincus de l'opération. Gerdy, dans son mémoire sur les tumeurs blanches, conseillait d'opérer même lorsqu'il existait des tubercules pulmonaires à l'état de crudité, l'état général ne pouvant y trouver qu'un grand bénéfice ; il rapporte deux cas favorables à cette pratique.

(1) Leçons du citoyen Boyer (1803, T. II, p. 209).

(2) Nouveaux éléments de médecine opératoire (1839, T. II, p. 338).

(3) Archives générales de Médecine (1840, T. IX, p. 20).

(4) Archives générales de Médecine (1842, T. XIV).

Les seuls cas, où l'abstention devait être la règle, étaient ceux des tuberculeux extrêmement avancés qui n'auraient pas eu assez de force vitale pour faire les frais de la guérison, et ajoutait-il, il leur en faut bien peu.

Bauchet dans sa thèse d'agrégation (1) va plus loin. L'amélioration qu'éprouvent après l'opération les tuberculeux pulmonaires pourrait aller jusqu'à la guérison complète de leurs lésions viscérales. Il cite l'histoire de deux malades qui, atteints de tumeur blanche du genou et présentant des signes de phtisie pulmonaire au premier degré, furent amputés en 1847 et chez lesquels les symptômes de phtisie pulmonaire disparurent. Il revit l'un d'eux 3 ans après, la guérison s'était maintenue, sa santé était excellente.

Déjà en 1843 Boudet (2) avait signalé, mais sans être aussi affirmatif, la possibilité de pareilles guérisons. « On ne doit pas non plus proscrire absolument, disait-il, l'amputation d'un membre chez un phtisique, j'ai vu trois sujets de 13 à 19 ans, atteints d'une maladie incurable du squelette d'un membre inférieur, en outre d'une phtisie confirmée, se rétablir d'une manière qui paraît définitive après l'ablation du membre malade ».

Richet (3) lui aussi indiquait après son maître Velpeau l'amputation comme un des traitements possibles des tumeurs blanches. Il avait même observé quelques cas, analogues aux précédents, de phtisiques au premier degré.

(1) Thèse agrégation, 1857, chap. III, p. 114.

(2) Revue médicale. Janv. 1843, t. I, p. 101.

(3) Mémoire sur les tumeurs blanches, 1853, t. XVII, p. 37.

guérissant de leurs lésions pulmonaires après l'ablation de leur localisation tuberculeuse externe. « Une jeune malade, sur le point d'être amputée du pied, est auscultée par Andral et Bouillaud ; ces deux médecins diagnostiquent l'existence de tubercules pulmonaires, Velpeau opère. La malade guérit et deux ans après elle était devenue grasse, fraîche, et bien portante ».

En présence de ce résultat et d'autres identiques, Richet qui ne voulait point considérer comme phtisiques les malades qui guérissaient, parce que suivant lui la phtisie ne pouvait guérir, admettait l'existence d'une sorte de pyohémie chronique, déterminant dans le poumon des lésions identiques, au point de vue clinique, à celles de la tuberculose.

Ces opinions hardies ne tardèrent pas à être attaquées. D'autres auteurs, se basant sur des faits malheureux ou mal interprétés, ou partant d'idées préconçues, cherchèrent à restreindre le domaine de la chirurgie et à montrer que l'intervention était coupable de nombreux méfaits dans le présent parfois, dans l'avenir presque toujours.

Crocq (1) écrivait en 1860 : « Lorsqu'il y a réellement tuberculose pulmonaire, l'amputation est impuissante à en arrêter la marche, elle tend au contraire à l'accélérer ; par la suppression du foyer d'irritation périphérique, on sollicite le raptus inflammatoire à se porter davantage vers le foyer pulmonaire. Loin d'être utile, elle sera nuisible et précipitera la marche vers le terme fatal. Elle ne doit pas

(1) Bulletin acad. roy. de Chirurgie, 1860, p. 613.

être pratiquée dès qu'une exploration attentive de la poitrine démontre l'existence de la phtisie.

Bien que ce ne soit pas le lieu de discuter ici les arguments contraires aux nôtres, il nous est permis de faire remarquer que notre tâche serait facile s'ils étaient tous aussi démodés que celui de la nécessité d'un « foyer d'irritation périphérique ».

Ailleurs, en 1867, (1) il rappelait qu'il avait vu pratiquer des amputations chez les tuberculeux et que le plus souvent la mort avait été le résultat de l'opération; d'autre part, certains malades non opérés avaient guéri à la fois de leur tumeur blanche et de leur phtisie pulmonaire. « Je me demande, ajoutait-il, si, dans les cas rares où on a réussi en amputant des tuberculeux, ils n'auraient pas guéri aussi bien sans amputation. »

En Allemagne, presque tous les auteurs concluaient contre l'intervention. Eubenburg, (2) rapportant l'opinion de Billroth qui croyait toute opération comme contre indiquée par la présence de la matité des sommets, semble toutefois croire cette opinion exagérée. Wolkman (3) croyait à son action néfaste ou tout au moins à son inutilité.

En Angleterre, au contraire, sir James Pajet (4) enseignait qu'il fallait intervenir, même chez les tuberculeux pulmonaires et que l'opération pouvait être pour eux une source de véritables bénéfices. « Si la maladie pulmonaire est chronique et suspendue dans sa marche on peut inter-

(1) Etudes sur les tumeurs blanches (1867).

(2) *Langenbeck's Archiv.*, t. VII, p. 618.

(3) *Cliniques de Wolkman*. Leipsig, 1873.

(4) *Cliniques chirurgicales*, p. 39.

venir... J'ai vu tant d'avantages procurés aux patients atteints de phthisie chronique par l'ablation des membres affectés d'arthrites que je suis disposé à parler en faveur de toutes les opérations qu'ils peuvent raisonnablement réclamer. »

Vers la même époque, Verneuil, en France, commençait à publier et à défendre ses idées sur l'influence des opérations sur les diathèses. Voici quel était le fait fondamental : Chez tout individu atteint d'une diathèse quelconque, l'acte opératoire, agissant à l'instar d'un traumatisme de violence variable suivant la durée et la gravité de l'opération, peut réveiller et réveille la plupart du temps cette diathèse qui n'est jamais qu'assoupie. De là, toute une série d'accidents souvent graves, parfois mortels. On sait combien se répandirent ces idées du maître et quelles influences elles eurent sur la chirurgie. Longtemps elles régnèrent en despotes, on n'osait toucher qu'avec crainte aux malheureux porteurs d'une diathèse. Survenait-il quelque accident ; l'on se reprochait, quelque bénigne qu'elle soit, l'opération qui devenait la cause de l'insuccès. Et l'on peut dire que si les travaux de Verneuil et de ses élèves eurent l'immense avantage de mettre en lumière des faits incontestables et incontestés, ils eurent parfois le tort d'empêcher l'intervention dans des cas où elle eût pu sauver le malade.

Aujourd'hui le départ est fait de tout le bon que contiennent ces théories et des quelques exagérations inséparables de toute grande idée, et l'on est plus hardi, au grand bénéfice des patients.

Tout naturellement ces idées générales pour lesquelles

Verneuil devait lutter jusqu'à sa mort, il les appliqua dans toute leur rigueur à la tuberculose. Dans une communication faite devant l'Association française pour l'avancement des sciences (1883, et à la Société de Chirurgie (1883) (1) il voulut prouver : 1° Qu'à la suite des opérations pour tuberculoses locales on provoquait l'envahissement des parties voisines, ou la formation de foyers secondaires en divers points rapprochés ou éloignés du foyer primitif ; 2° Que l'infection généralisée, phtisie galopante, méningite, pouvait suivre directement l'opération, les vaisseaux sanguins et lymphatiques ouverts dans la plaie ayant absorbé les bacilles et les ayant disséminés dans toute l'économie, ou le traumatisme ayant donné un coup de fouet à la diathèse.

Plus tard, au Congrès de Chirurgie de 1889 (2), il s'exprimait ainsi : « Le plus souvent dans le premier semestre qui suit l'opération, le succès est complet, mais si vous suivez les opérés, si vous cherchez à savoir de leurs nouvelles 2 ans, 3 ans après l'opération, vous vous apercevez que les deux tiers sont morts.

Le succès de l'opération avait cependant été complet. Aussi, sont-ils sortis guéris. Guéris de leur affection chirurgicale, ils sont morts de l'influence tardive qu'a eue l'opération sur leur constitution. »

Et ailleurs : « Le succès opératoire existe quelquefois. L'insuccès thérapeutique est la règle. »

A ces idées empreintes d'une exagération évidente, d'éminents cliniciens, comme Trélat, répondaient par des

(1) Bulletin de la Société de Chirurgie, 1883.

(2) Semaine médicale.

formules plus justes et plus favorables à l'intervention. Tout en reconnaissant qu'il fallait infiniment de tact chirurgical pour faire le départ entre les tuberculeux pulmonaires, qu'on pouvait et qu'on devait opérer, et ceux, au contraire, auxquels il était imprudent de toucher, il croyait que les malades de la première sorte étaient les plus nombreux. Et il enfermait les indications opératoires chez les phthisiques dans cette formule : Il faut opérer toutes les fois que la lésion viscérale ne dominera pas la scène pathologique.

Déjà, en 1880, M. Leroux (1), élève de Verneuil, dans une thèse sur les amputations et résections chez les tuberculeux pulmonaires, terminait par ces conclusions : Jusqu'alors, les résultats de l'intervention chirurgicale chez les phthisiques ont été mauvais ; jusqu'alors, on n'a guère obtenu que des succès opératoires, l'insuccès thérapeutique a été la règle, le succès l'exception.

M. Nélaton, dans sa thèse d'agrégation (2), tout en faisant des concessions aux idées de Verneuil, conclut en ces termes, au sujet des opérations sur les phthisiques : « A l'heure actuelle..... il faut constater aussi les résultats d'améliorations inespérées, de guérisons même de lésions pulmonaires à la suite de semblables interventions. »

« D'autant plus que ce malade qui, en tant que phthisique, est exposé à de plus grands dangers par une opération, pourra, en revanche et en raison même de son titre de phthisique, tirer de cette opération de bien plus grands bénéfices que d'autres. »

(1) Thèse de Paris. 1880.

(2) Thèse d'agrégation. Paris, 1883.

Pour M. Ollier (1) : « Les résections articulaires, pratiquées chez les tuberculeux, peuvent donner des succès durables. Elles permettent d'obtenir non-seulement une guérison locale, mais encore d'enrayer les accidents généraux qui ont leur source dans l'absorption des foyers tuberculeux articulaires. »

M. Petitot (2), élève de M. Bouilly, dont il reproduit les idées et rapporte les observations, soutient que les lésions pulmonaires ne s'aggravent point par le fait de l'opération, elles s'amélioreraient même ; quant aux récurrences, elles tiennent, dans la plupart des cas, à l'insuffisance de l'opération.

En 1889, parurent deux thèses défendant les idées de Verneuil et écrites sous son inspiration.

M. Gceraert (3) fixe à 10 0/0 en moyenne le nombre des cas d'aggravation de la tuberculose après l'opération.

M. Thiéry (4), dans un travail beaucoup plus complet et plus savant que le précédent, reconnaît que « l'opération a souvent sur l'état général des malades le plus heureux résultat, lorsqu'ils sont antérieurement tuberculeux. » Mais il ne peut s'empêcher d'ajouter ailleurs : « Ainsi que le fait remarquer Clipet, les observations contraires ne sont pas rares et les désastres sont fréquents. »

Dans ce mémoire, nous trouvons reproduite l'opinion de M. Polaillon ; pour lui, l'intervention est bonne d'une

(1) Lyon Médical, 1883.

(2) Thèse. Paris, 1889.

(3) Thèse. Paris, 1889.

(4) Thèse. Paris, 1889.

façon absolue, à condition que l'antisepsie soit parfaite et qu'il y ait réunion immédiate sans suppuration.

La même année, au congrès de chirurgie, la question de l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses locales fut longuement discutée. C'est dans un sens favorable à l'intervention que conclurent les nombreux chirurgiens qui prirent la parole.

Voici en résumé quelques-unes des communications qui nous intéressent plus particulièrement.

M. Bousquet (1), de Clermont-Ferrand, s'exprimait ainsi : Dans les cas d'intervention sur des malades manifestement phtisiques il n'y a jamais eu d'aggravation, loin de là, toujours une amélioration de l'état général a été notée.

A moins de contre indication absolue par l'état trop avancé des lésions pulmonaires, toutes les tuberculoses du tissu cellulaire, des os et des articulations doivent être l'objet d'une intervention chirurgicale.

M. Mollière (2), de Lyon, est tout aussi optimiste :

Les faits démontrent que les phtisiques peuvent aussi bien que d'autres supporter les opérations... Donc, avec les méthodes antiseptiques, les opérations ne sont pas plus dangereuses chez les phtisiques que chez d'autres malades.

M. Terrillon (3) fait remarquer au point de vue tout spécial des salpingites tuberculeuses que la castration peut, s'il y a des tubercules pulmonaires, faire disparaître une

(1) Congrès de Chirurgie, 1889.

(2) Congrès de Chirurgie, 1889.

(3) Congrès de Chirurgie, 1889.

seconde cause d'affaiblissement. Et plus loin il ajoute : Si l'on pouvait reconnaître la nature tuberculeuse d'une salpingite, il faudrait l'opérer de préférence aux autres.

M. le professeur Le Dentu (1), s'il ne parle point spécialement de tuberculeux pulmonaires opérés, rapporte des faits d'un grand intérêt qui permettent de s'expliquer l'influence heureuse de l'ablation d'un foyer externe sur l'évolution des lésions pulmonaires.

J'ai souvent observé, dit-il, que les lésions tuberculeuses existantes qui n'étaient point intéressées par l'acte opératoire se trouvaient souvent influencées très heureusement par l'opération, bien loin d'en être aggravées. Ainsi j'ai vu des fistules anales se tarir et disparaître spontanément après des opérations portant sur des genoux tuberculeux. Si bien que la multiplicité des lésions tuberculeuses serait plutôt considérée par moi comme constituant une indication d'opérer. La tuberculose pulmonaire concomitante doit être considérée encore plus comme indication que comme contre-indication lorsqu'elle n'est qu'au premier degré même lorsqu'elle atteint le deuxième degré.

A l'appui de cette opinion, qu'on nous permette de citer un fait (Thèse de Thiéry, p. 156).

M. Richelot rapporte l'histoire d'un malade atteint de fistule salivaire du canal de Stenon, d'adénites tuberculeuses, tumeur blanche du coude. Craquements au sommet gauche. Il fut à plusieurs reprises opéré de ses différentes affections ; malgré les opérations multiples et répétées qu'il dut subir, le malade aujourd'hui ne tousse plus, mange bien et se trouve aussi bien que possible.

(1) Congrès de Chirurgie, 1889.

M. Routier (1) se croit en droit d'affirmer l'innocuité et l'efficacité des opérations chez les tuberculeux. L'état général est plutôt influencé en bien et les résultats éloignés sont encourageants. L'usage rigoureux de l'asepsie permet d'éviter l'éclosion de ces manifestations qualifiées de réveil de la diathèse.

Par contre quelques chirurgiens tout en reconnaissant à l'instar de Verneuil les bons résultats immédiats insistent sur les accidents possibles, accidents qu'ils attribuent à l'intervention, ou sur les récurrences fréquentes qui diminuent considérablement la valeur de ces bons résultats.

M. Schwartz (2) en apportant une statistique de 200 cas dont les suites immédiates ont été constamment bénignes, signale le point noir ; cinq cas de poussées aiguës ou subaiguës d'autant plus caractéristiques que l'un d'eux a rapport à un cas insignifiant, une fistule à l'anus.

Leonté de Bucharest (3) relatant 68 observations finit par ce sombre tableau : « La récurrence constitue l'écueil contre lequel presque inévitablement tous nos efforts se brisent dans cette lutte contre les tuberculoses locales. »

Dans le courant de ces dernières années, M. le professeur Lannelongue (4) dans ses savantes études sur la tuberculose s'est montré partisan résolu de l'intervention. Critiquant les opinions de Verneuil et tous les partisans de l'abstention, il a montré les bénéfices énormes que pouvaient retirer d'une opération radicale tous les tuberculeux même

(1) Congrès de chirurgie, 1889.

(2) Congrès de chirurgie, 1889.

(3) Congrès de Chirurgie, 1889.

(4) Travaux sur la tuberculose. Tuberculose chirurgicale.

ceux qui étaient atteints de lésions pulmonaires. De plus il a prouvé combien dans certains cas l'abstention était regrettable et favorisait l'extension des lésions, l'affaiblissement de l'état général, la marche rapide et l'évolution fatale de la tuberculose.

Depuis, la thérapeutique active a fait encore de fervents adeptes. Il suffit pour s'en convaincre de suivre la pratique hospitalière de nos maîtres pour les voir à chaque instant opérer des tuberculeux pulmonaires, qui, pour un temps souvent très long, parfois d'une façon complète, voient s'améliorer leurs lésions pulmonaires et prennent de nouvelles forces pour lutter contre leur prédisposition morbide.



CHAPITRE II

Observations et arguments favorables

De l'ensemble du chapitre précédent dans lequel nous avons tenu à rappeler, d'une façon précise et dans le style même où elles ont été émises, les diverses opinions des auteurs sur notre sujet, que résulte-t-il ? C'est que, comme nous le disions en finissant, le nombre des chirurgiens partisans de l'intervention semble grossir chaque jour.

Tous ces chirurgiens ont basé leur conviction sincère sur des résultats heureux ; résultats qui ont été publiés dans des mémoires ou ont reçu l'immense publicité des congrès.

Pour les envisager avec ordre, nous les diviserons en :

1° Guérisons complètes.

2° Amélioration notable de l'état général et par la même, amélioration ou tout au moins arrêt d'évolution des lésions pulmonaires.

3° Cas les moins favorables et les plus rares où l'état général est resté stationnaire, et n'a pour ainsi dire reçu aucun bénéfice de l'intervention.

1° Les guérisons complètes sont malheureusement assez rares, ou plutôt les observations en sont rares. Cette rareté peut s'expliquer par ce fait que les malades que l'on guérit sont aussi ceux que l'on perd le plus facilement de vue. Dès qu'ils sont débarrassés de l'affection qui les faisait souffrir

ou empêchait leur travail, ils oublient bien vite, quelques promesses qu'ils aient faites, le chemin de l'hôpital où ils ont été opérés et négligent de vous tenir au courant de leur santé. Nous avons pu cependant recueillir quelques observations qui ont entraîné notre conviction. Nous avons eu soin de les extraire autant que possible de travaux contraires à notre thèse, elles n'en offriront que plus de garanties.

OBSERVATION I (Cadeau p. 26.)

Symptômes de tuberculisation pulmonaire consécutifs à une suppuration osseuse et disparaissant avec elle par l'amputation. Service de M. Guérin, obs. de M. Pozzi.

E. Pacaud, 28 ans, dessinateur, constitution vigoureuse.

22 Juillet 1862. — Contusion violente du pied.

24 Janvier 1864. — Entre dans le service de M. Ollier à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ostéo-arthrite métatarsienne, ablation des séquestres, au bout de quarante jours la guérison paraît complète, rien du côté des poumons.

Juillet 1864. Retour d'un voyage en Suisse. Entre de nouveau dans le service de M. Ollier. Récidive locale, fistules multiples. L'état général décline de jour en jour, amaigrissement, toux, crachats striés de sang.

2 Mai 1865. — Désarticulation tibio-tarsienne. Guérison locale rapide; état général devient excellent; la toux disparaît; va bien pendant trois ans.

22 Juin 1868. — Entre dans le service de M. Guérin, hôpital Saint-Louis ; abcès, fistules du moignon ; craquements humides des deux sommets, touse, crache abondamment. Traitement local des fistules qui se ferment.

En 1869. — Etat excellent. L'examen thoracique ne laisse découvrir aucune lésion.

OBSERVATION II (Dr Bryant, the Lancet 1878. p. 40.)

Nécrose de l'extrémité supérieure du tibia ; tuberculose au début ; amputation ; guérison.

R. H...., laboureur, 42 ans. 27 ans auparavant coup de pied au-dessous du genou, plusieurs mois après, abcès.

Reste au lit pendant 6 mois ; il reste dès lors à peu près guéri pendant plusieurs années ; depuis 9 ans récidive qui va en s'aggravant.

A son entrée, 7 février, nécrose de l'extrémité supérieure du tibia, fistules multiples. Le genou est luxé et ne suppure pas. Appareil à irrigation.

Le 14, il crache le sang. Le Dr Taylor percute la poitrine ; matité étendue en avant jusqu'au dessous de la seconde côte droite, en arrière jusqu'à la pointe de l'omoplate ; craquements et râles, sueurs et fièvre le soir. Le 24, Epitaxis considérable.

2 Février. — Amputation intra-condylienne de la cuisse, ligature au catgut.

Le 27. — Exempt de toux, de crachats et de douleurs. Craquements bronchiques et bronchophonie distincts sous la clavicule droite ; quelques râles humides ; signes moins marqués qu'au premier examen.

Sorti le 22 mars.

30 Juin. — Beau moignon, n'a plus aucun symptôme pulmonaire.

OBSERVATION III (Dr Mascarel. France médicale 1876).

Tumeur blanche ; phtisie au premier degré ; amputation ;
guérison.

38 ans, libraire, atteint d'une tumeur blanche tibio-tarsienne suppurée ; abcès successifs ; douleur vive. Bientôt accidents pulmonaires : toux fréquente ; expectoration granuleuse le matin, amaigrissement, perte d'appétit, diarrhée, râles muqueux dans les divers points de la poitrine, craquements humides dans les deux sommets.

En mai 1875, le malade était arrivé à la dernière période de marasme ; fistules multiples ; douleurs vives ; sueurs abondantes. On reconnaît la phtisie pulmonaire à la première période. Le malade réclame l'amputation.

Amputation de la jambe gauche. La plaie fut longue à guérir. Grande amélioration, l'appétit revient, la diarrhée cesse, la toux et l'expectoration diminuent.

Le 5 Septembre. — Cicatrice solide ; toux presque disparue ; les symptômes physiques pulmonaires sont devenus rares et disséminés ; expectoration nulle.

Mai 1876. — Le malade s'enrhume. Après avoir placé sa jambe pendant une demi-heure sur une table élevée, il crache un demi-verre de sang. Rétablissement complet.

OBSERVATION IV (Lefort. Académie de médecine 1861 p. 500.)

Enfant de 7 ans. Abscess multiples, carie de l'articulation coxo-fémorale, luxation spontanée. Toux depuis quatre ans, peau sèche, sueurs ; matité étendue dans la région sus et sous-claviculaire gauche, murmure respiratoire faible mais dur ; expiration prolongée.

7 Janvier. — Résection sous-trochantérienne ; rugination de la cavité cotyloïde.

Juillet. — Sort en bon état ; les symptômes de phtisie ont disparu.

OBSERVATION V et VI (Bauchet. Thèse agrégation p. 118.)

Deux hommes observés à la Charité en 1847, couchés dans la même salle et dans deux lits voisins. Tous deux étaient atteints de tumeur blanche du genou ; tous deux présentaient des signes de tuberculose pulmonaire peu avancée ; ils furent opérés à deux jours d'intervalle ; l'opération fut suivie de succès et les symptômes de la phtisie pulmonaire disparurent rapidement. J'ai revu un de ces malades en 1850 à l'hospice de Bicêtre, la guérison s'était maintenue, il était en excellente santé.

OBSERVATION VII (Gerdy. Arch. gén. de médecine 1840, p. 20.)

Jeune fille phtisique atteinte de tumeur blanche du coude ; amputation, guérison ; on voit disparaître les symptômes pulmonaires.

2° L'amélioration notable et rapide de l'état général chez les tuberculeux pulmonaires opérés d'une lésion périphé-

que est tellement fréquente que tous les chirurgiens l'ont notée. Les adversaires eux-mêmes de la méthode l'ont reconnue et admise : « L'opération, dit M. Thiéry, a souvent sur l'état général des malades le plus heureux résultat lorsqu'ils sont antérieurement tuberculeux ». Et c'est l'influence éloignée de l'opération sur la valeur de laquelle ils émettent des doutes ; c'est elle qu'ils croient néfaste et meurtrière ; c'est à cause d'elle qu'ils proscrivent l'acte opératoire.

Nous ne perdrons point notre temps à rapporter dans notre travail de nombreuses observations justificatives ; c'est monnaie courante dans les services hospitaliers, que ces cas où l'on voit des malades arrivant affaiblis, amaigris, sans force, et qui, quelques mois après leur opération, sont devenus frais, gras et bien portants.

Pourtant il nous faut publier quelques-unes de ces observations.

OBSERVATION VIII (Roux. Thèse, 1874, p. 45)

D..., 32 ans, entre en juin à l'hôpital, service de M. Ollier, de Lyon. Arthrite tuberculeuse du genou datant de deux ans ; fistules péri-articulaires ; hémoptysie, toux ; le malade pâlit, maigrit : craquements sous la clavicule gauche, expiration prolongée.

Amputation au tiers inférieur. Guérison rapide. Trois mois après, excellente santé, il avait engraisé, il ne toussait plus, et se trouvait comme état général mieux qu'il n'avait jamais été. Obscurité de la respiration à gauche, plus de craquements.

OBSERVATION IX (Thèse de Clipet, 1867, p. 34)

M..., 50 ans, tumeur blanche du coude suppurée, remontant à deux ans. Il tousse depuis 15 ans : crache du sang de temps en temps ; d'ailleurs santé assez bonne ; ce n'est que dans ces derniers temps que les douleurs qu'il éprouve dans le coude ont amené la perte du sommeil et de l'appétit, apyrexie. Auscultation : à droite, en avant au sommet du poumon, affaiblissement du murmure vésiculaire ; en arrière, expiration prolongée ; à la percussion on trouve en avant, de la matité, en arrière la matité existe également, mais moins prononcée.

Le 10 juin, amputation du bras. Le 25, la plaie est cicatrisée ; beau moignon. Dès les premiers jours de l'opération, l'état général s'améliore. Il quitte l'asile le 31 août dans un état de santé dont il ne jouit plus depuis longtemps.

OBSERVATION X (Th. de Roux, 1875, p. 47)

A..., 35 ans, couturière, entre à l'Hôtel-Dieu, le 4 mai 1873, pour une arthrite tuberculeuse du coude droit, datant de plusieurs mois, trois fistules. Depuis six mois, toux, sueurs nocturnes, amaigrissement considérable, pas d'hémoptysie.

Submatité sous la clavicule droite, craquements.

En juin, résection du coude.

14 septembre. La plaie est en partie cicatrisée, plus de toux, plus de sueurs, rien à l'auscultation, diminution de la sonorité sur la clavicule droite. Revue plusieurs mois après, articulation reformée, tous les mouvements, force suffisante, état général excellent.

OBSERVATION XI (personnelle)

J. F..., 46 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu le 24 mai 1895.

Pas d'antécédents héréditaires.

Toujours bien portante jusqu'à l'année dernière ; au mois de septembre 1894, elle est prise de douleurs assez vives dans les lombes. En même temps malaise général, elle n'a plus la force de vaquer à ses occupations habituelles. Elle toussait déjà depuis quelque temps, mais n'y avait pas pris garde. A partir de ce moment, la toux semble être devenue plus fréquente surtout après les repas ; elle a des quintes de toux qui vont jusqu'à provoquer des vomissements. Appétit diminué, dégoût prononcé pour la viande.

En mars 1895, s'aperçoit d'une grosseur comme un œuf sur la crête iliaque gauche. Le médecin appelé fait une incision, il sort un bol de pus. La cicatrisation ne se faisant pas et la plaie suppurant toujours, de plus la malade toussant beaucoup, le médecin conseille à la malade d'entrer à l'hôpital.

A l'examen de la malade : sur la crête iliaque, tuméfaction légère ; petite incision à moitié fermée par laquelle on fait sourdre, en pressant la tumeur, de la sérosité purulente.

Pas de points douloureux au niveau de l'articulation sacro-iliaque ; l'examen de cette articulation fait éloigner l'idée de sacro-coxalgie. Crête iliaque douloureuse à la pression surtout au niveau de l'extrémité postérieure de la tuméfaction, un peu de douleurs spontanées, marche très fatigante.

Etat général assez bon ; cependant la malade dit avoir maigri depuis six mois.

Appétit diminue chaque jour. Digestion difficile. Signes de tuberculose pulmonaire à la première période ; submatité sous

la clavicule droite ; expiration soufflante et prolongée aux deux sommets. Craquements secs au sommet droit ; toux fréquente, sueurs nocturnes. Une hémoptysie il y a deux mois, à la suite d'une course rapide. La malade n'a plus ses règles depuis plus d'un an.

Opération le 28 mai. — Incision de 15 centimètres environ. Dissection et excision d'une poche d'abcès froid adhérente en arrière à l'aponévrose lombo-sacrée, s'étalant sous la peau au-dessus de la crête iliaque. En un point, la poche était adhérente à l'extrémité postérieure de la crête iliaque dénudée en ce point.

Grattage du point osseux, sutures et pansement. On laisse une mèche de gaz iodoformée pour assurer le drainage.

Le 30 mai. Nouveau pansement. On ne remet plus de mèche dans la plaie qui ne paraît plus devoir suinter.

6 juin. On enlève les fils, plaie est parfaitement réunie. Le point où a porté le grattage est indolore ; la malade commence à se lever.

12 juin. Sortie de la malade qui dit avoir beaucoup plus d'appétit. Elle ne souffre plus en marchant.

16 août. Nous voyons la malade qui revient de la campagne. Mine superbe, ne souffre plus dans la hanche. Appétit excellent, la toux a presque disparu. La malade est forte, vaillante, et dit ne s'être point aussi bien portée depuis longtemps.

Le 20 octobre. La malade sur notre demande revient à l'hôpital ; elle a repris ses occupations, la guérison locale s'est maintenue. Auscultation. Plus de craquements, mais les troubles du rythme ont persisté.

Dans ces quelques observations, ce n'est pas comme on a pu le voir une guérison complète, et si les symptômes pulmonaires n'ont pas complètement disparu ils ont toujours été améliorés après l'intervention. Il nous est permis de tirer de ces

observations une autre conclusion plus hypothétique, quoi que très vraisemblable. La marche des lésions étant franchement rétrograde on peut supposer que ces malades après un temps plus ou moins long ont été ou seront complètement guéris.

3° Il existe enfin quelques cas où le bénéfice de l'intervention est pour ainsi dire nul. C'est généralement dans les cas de tuberculose avancée, ou lorsque la lésion locale est minime et n'entre que pour une faible part dans le mauvais état général.

En voici quelques exemples :

OBSERVATION XII (Personnelle)

Adénite sous-maxillaire suppurée. Lésions pulmonaires. Extirpation. Guérison. 3 mois après état stationnaire des lésions pulmonaires.

L. D..., 48 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 mai 1895 pour une adénite sous maxillaire suppurée.

Antécédents héréditaires très chargés. Mère morte de pleurésie purulente. Père mort de la poitrine. Cinq frères et sœurs morts en bas âge.

Elle même n'a jamais été bien portante, aurait eu de la tuberculose costale à 5 ou 6 ans ; porte encore deux cicatrices au niveau de la partie moyenne des huitième et neuvième côtes.

Depuis six mois s'est aperçue de l'existence d'une glande dans le cou ; cette glande a toujours grossi ; causant peu de douleur mais de la gêne des mouvements.

A l'examen on trouve dans la région sous-maxillaire gauche une tuméfaction grosse comme une noix. La peau est plus rose

à ce niveau. Au point culminant elle est amincie, adhérente, lisse, prête à s'ulcérer.

Au palper on sent une masse ganglionnaire mobile de la grosseur d'un petit œuf, elle est rénitente, semble ramollie, mais non nettement fluctuante. Rien au niveau des autres ganglions du cou. Au poumon lésions notables. Au sommet gauche craquements humides surtout en avant ; submatité sous la clavicule gauche. A droite pas de signes bien nets, peut-être l'expiration un peu prolongée. Douleurs à la pression dans les deux fosses sus-épineuses. Etat général assez bon ; mange bien, tousse beaucoup surtout la nuit. Pas de sueurs, pas d'hémoptysies.

Opération le 30 mai.

Dissection du ganglion qui n'est ouvert en aucun point. Extirpation. Le ganglion incisé après l'opération est caséeux et commence à se ramollir.

6 juin. — Enlèvement des fils, suture complète.

Octobre. — Sur notre demande la malade revient dans le service. N'a pas eu de récurrence locale, son état général est bon, elle tousse peu, mange bien. Mais les lésions pulmonaires sont restées les mêmes, elle ne paraissent avoir évolué ni dans un sens favorable ni être plus avancées.

OBSERVATION XIII (Thiery, thèse Paris 1889).

Bubon strumeux. Tuberculose pulmonaire. Extirpation large.

Echec de la réunion immédiate. Guérison. Pas de changement de l'état général.

A. C..., 46 ans, coltineur, entre le 13 décembre 1886 dans le service de M. Humbert, au Midi, lit n° 5, salle 4. Facies strumeux, porte des ganglions cervicaux en voie du développement.

Il présente à gauche un bubon suppuré datant de 40 jours. Ce bubon est consécutif à une lésion anale ou peut-être bien à un chancre mou. Six ans avant son entrée au Midi, le malade a eu la syphilis et il a été soigné à la salle 6 ; il affirme que les ganglions inguinaux sont volumineux depuis longtemps. Deux ans après il a un nouveau chancre qui dura à peu près un mois. Enfin depuis trois mois il tousse et il a un peu maigri, à l'auscultation nous constatons quelques râles fins de tuberculose au début.

On opère son bubon le 28 décembre 1886. On fait une incision perpendiculaire à l'arcade de Fallope avec excision d'une notable quantité de peau. Puis on opère la réunion au moyen d'une suture complète au fil d'argent, et une suture superficielle au crin de Florence en laissant un drain.

Le 8 janvier la réunion est complète en deux points seulement, quelques autres ne sont pas réunis.

Le 12, le malade est considéré comme guéri et il sort de l'hôpital le 15 janvier ; l'état général n'est nullement modifié.

OBSERVATION XIV. — (Thiéry Thèse Paris 1889.)

Fistule anale chez un tuberculeux.—Incision au *thermo-cautère*.
Etat stationnaire.

D. M..., 26 ans, ébéniste, salle Broca, entré le 6 janvier 1888, service de M. Polaillon.

Antécédents nuls.

Le malade a une fistule anale double, siégeant à deux centimètres de part et d'autre de l'orifice anal.

Cette fistule suppure beaucoup ; elle présente un orifice en

cul de poule ; elle a débuté par un abcès qui ne remontait pas très haut.

9 Janvier. — Le malade prend un bain, se purge et est mis au régime lacté.

Le 10 Janvier. — On débride ces deux fistules avec une sonde canelée et le thermo-cautère après anesthésie. — Mèche iodoformée.

15 Janvier. — Les trajets incisés bourgeonnent bien.

L'état général du malade est satisfaisant. L'auscultation révèle des signes de tuberculose du côté des poumons.

27 Janvier. — L'état du malade n'est pas mauvais ; la plaie bourgeonne bien.

4 Février. — Le malade est en voie de guérison, les lésions pulmonaires restent stationnaires.

OBSERVATION XV. — (Thiéry. — Thèse Paris 1889).

Abcès froid costal chez un tuberculeux avancé. — Injection iodoformée. — Guérison. — Etat stationnaire des lésions pulmonaires.

V. A..., 41 ans, journalier, entre à la Pitié, salle Michon, le 4^{er} juin 1889.

Le malade présente sur le côté droit du thorax entre la septième et la huitième côte un abcès qu'il fait remonter à quinze jours. Le malade est émacié, tousse ; sueurs nocturnes ; lésions pulmonaires avancées.

Le pus inoculé montre que cet abcès est tuberculeux. On lui fait des piqûres d'éther iodoformé et au bout de quelques jours il se forme une fistule assez vaste. On fait un pansement iodoformé, des eschares se produisent bientôt.

Le 23 juillet, au bout de 2 mois environ, le malade va à Vincennes ; il est presque guéri ; l'état général est moyennement satisfaisant et ne paraît pas avoir été influencé par l'opération.

Voici donc bien prouvée, de par l'opinion de chirurgiens éminents d'abord, de par les faits que nous avons cités d'autre part, la vérité de cette influence bienfaisante générale que nous avons reconnue chez les tuberculeux pulmonaires.

D'autre part un fait nous frappe, c'est l'inégalité des services rendus au malade par le chirurgien qui intervient. Tandis que pour les uns c'est la guérison complète, pour les autres on ne peut parler que d'amélioration plus ou moins notable de l'état général, de temps d'arrêt pour ainsi dire de la fatale évolution des lésions pulmonaires ; enfin dans quelques cas très rares, il faut bien le reconnaître, les bénéfices sont aléatoires ou n'existent pas.

Nous allons essayer d'expliquer cette différence dans les résultats.

Les tuberculeux pulmonaires, avons-nous dit, retirent des avantages réels de l'ablation de leurs foyers tuberculeux externes. Pourquoi ? Qu'on nous permette ici une légère digression.

Le bacille tuberculeux, lorsqu'il envahit l'organisme, s'arrête généralement en un point et y pullule. Bientôt se forme en ce point une granulation grise ; à côté de celle-ci d'autres prennent naissance soit dans le voisinage sans toutefois se confondre avec la première (forme infiltrée) soit au contraire tout près d'elle pour former une sorte de petit

foyer qui subira la dégénérescence caséuse (forme conglomérée). La lésion étant une fois constituée, l'organisme qui la porte doit nécessairement en subir les atteintes. Elle est le point de départ de symptômes locaux, essentiellement variables avec le siège de la localisation et sur lesquels, par conséquent, nous n'avons pas à nous arrêter. Elle est aussi la source, et cela pour nous est gros de conséquences, des troubles de la santé générale présentant des degrés divers, en rapport avec l'étendue et le siège des lésions et avec le terrain.

Le plus souvent le tuberculeux au commencement de sa maladie s'amaigrit rapidement ; ses forces, sa résistance à la fatigue, son aptitude au travail diminuent sensiblement. Les digestions sont lentes et difficiles, le sommeil est irrégulier, les troubles menstruels sont fréquents chez les femmes ; la fièvre enfin apparaît et devient l'hôte obligé de toutes les nuits.

Le tableau, il est vrai, est loin d'être toujours aussi noir ; mais constamment quelques-uns de ces troubles existent. Or ces troubles variés, il faut autre chose pour les expliquer que la déperdition par diverses voies (quantité abondante de phosphate éliminée par les urines, perte de chlorures par les crachats, hémoptysie, diminution de l'hématose pulmonaire, etc.), autre chose que l'exagération des combustions organiques.

Les travaux mémorables sur les poisons microbiens, qui sont de date récente, peuvent faire penser pour la pathogénie de ces troubles divers, à une sorte d'empoisonnement par les produits toxiques, résidus de la vie même des bacilles de Koch.

Déjà, cette façon de comprendre et d'expliquer ces faits est admise pour un des symptômes les plus connus et presque général, la fièvre des tuberculeux. « La fièvre est causée probablement par la résorption de certaines toxines pyrétogènes au niveau des foyers tuberculeux » (1). Depuis longtemps d'ailleurs, M. le professeur Jaccoud l'appelait fièvre de résorption.

Cette explication a été proposée de même pour éclaircir la pathogénie des sueurs nocturnes chez les phthisiques. « Aujourd'hui on est porté à penser que les sueurs des phthisiques sont la conséquence d'une intoxication ayant son origine dans le foyer tuberculeux des poumons » (2).

N'est-il pas rationnel de généraliser cette idée et de l'adopter pour l'explication complète de ces troubles variés dont la pathogénie autrement est si obscure ? D'ailleurs, les auteurs les plus récents n'admettent-ils pas l'existence d'une résorption semblable au niveau des surfaces malades pour l'explication de la cachexie cancéreuse.

Si l'on veut bien adopter cette manière de voir la lumière se fait immédiatement sur la question que nous avons à résoudre. Un tuberculeux pulmonaire en outre de lésions viscérales, possède un ou même plusieurs autres foyers d'infection. N'est-il pas logique de penser que la suppression radicale de ces différents foyers, débarrassant le malade de source d'empoisonnement souvent prédominante, devra apporter une amélioration très notable dans les symptômes généraux que crée cet empoisonnement.

(1) Marfan. Traite de médecine, t. IV, p. 645.

(2) Marfan. Traité de Médecine. T. IV, p. 659.

Si d'autre part on se souvient que la plupart des lésions tuberculeuses pour lesquelles le patient vient réclamer l'intervention chirurgicale sont suppurées, c'est-à-dire qu'il y pullule à côté du bacille de Koch une série d'organismes également toxigènes (qu'on nous permette cette expression), on comprendra encore mieux pourquoi l'intervention est grandement bienfaisante pour les malades et devient parfois leur salut.

Alors l'opinion mémorable exprimée par M. le professeur Le Dentu, au congrès de chirurgie de 1889 : « La multiplicité des lésions serait plutôt considérée comme constituant une indication d'opérer » apparaît comme un principe d'une vérité saisissante et d'une logique irréfutable.

Et ce qui apporte un argument de plus à l'appui de notre interprétation, c'est précisément l'étude des observations publiées par les auteurs et dont nous avons rapporté quelques-unes. Où voit-on mieux l'heureuse influence de l'intervention chirurgicale, se traduisant soit par la guérison complète soit par une amélioration frappante et durable, que dans les cas graves, quand des lésions sérieuses et étendues, tumeurs blanches avec fistules en maints endroits, qui infectaient profondément l'organisme ont été radicalement enlevées par une amputation ou une résection large des parties atteintes.

Enfin une preuve convaincante que ces idées ne sont point de pures hypothèses, nous vient de ces faits publiés par M. le professeur Le Dentu où il vit des fistules anales se tarir et disparaître spontanément après des opérations pratiquées sur des genoux tuberculeux. Quelles raisons

pourraient faire nier une pareille influence sur des lésions tuberculeuses du poulmon.

Le second des résultats auquel nous a mené la considération des observations, réclame aussi une explication. Pourquoi tous les malades atteints de lésions pulmonaires en même temps que de tuberculoses périphériques, ne retirent-ils pas des bénéfices égaux de l'intervention. Pourquoi y a-t-il des guérisons d'une part, des améliorations seulement de l'autre ; enfin parfois des résultats nuls.

C'est que dans les conséquences éloignées d'une opération faite dans ces conditions, plusieurs facteurs entrent en jeu. Tous les cas, bien évidemment, ne sont pas les mêmes ; il en est qui sont plus favorables, d'autres dans lesquels on peut prévoir à l'avance un résultat médiocre. Nous pouvons schématiquement diviser en trois les principaux facteurs qui jouent un rôle essentiel dans le résultat final de l'intervention :

1° Degré d'évolution des lésions pulmonaires ;

2° Gravité relative de la tuberculose locale, comparée à la lésion pulmonaire ;

3° Le terrain sur lequel évolue l'infection.

1° Le degré d'évolution des lésions est pour beaucoup dans la variabilité des résultats. Nous avons dit et nous soutenons que l'intervention chirurgicale faite à propos sur des tuberculoses locales chez des phtisiques pouvait procurer la guérison des lésions pulmonaires. Encore faut-il que ces lésions soient guérissables. Or, on sait que dans l'immense majorité des cas la guérison n'est possible qu'à la première période. En dehors d'elle il y aurait toujours trêve, parfois longue, jamais guérison complète.

Ce serait trop demander à l'intervention chirurgicale que de guérir complètement une tuberculose pulmonaire à une époque où elle n'est plus guérissable, quelque favorables que soient les conditions.

Si dans ces cas, l'acte opératoire contribue, en débarrassant l'organisme d'un foyer continu d'infection, à procurer au malade une de ces trêves de longue durée dépassant 10, 15 et 20 ans, qui, cliniquement, peuvent être considérées comme des guérisons, nous trouvons que le chirurgien aura encore joué un rôle éminemment utile et profitable et qu'on ne saurait trop l'encourager dans une pareille voie.

Quand bien même on ne verrait pas, sous l'influence de l'acte opératoire, rétrograder les lésions pulmonaires, quand l'opération ne serait que palliative, si elle débarrasse le patient de douleurs, de suppurations incommodées, de foyers d'infection pyrétogène; l'intervention n'est elle point aussi légitime ici que dans le cancer, que l'on sait trop souvent, hélas, ne pouvoir guérir mais qu'on opère quand même et pour des raisons analogues.

2° Chez un phtisique atteint de tuberculose locale, il arrive presque toujours que l'une des lésions prime l'autre et est plus particulièrement la source des accidents généraux qui minent le malade.

Sont-ce les lésions pulmonaires qui dominent, tandis que la localisation externe n'est pour ainsi dire qu'un accessoire négligeable dans le tableau pathologique? il est bien évident qu'alors, l'opération n'aura qu'un faible retentissement sur l'état général. La lésion, lorsqu'elle existait, n'avait sur lui qu'une influence minime, son ablation n'aura

qu'un rôle préventif ; ce ne sera qu'une précaution contre l'extension de celle-ci.

Est-ce au contraire la lésion locale qui prime la scène, et la détermination pulmonaire, encore à son début, ne se montre-t-elle qu'à un examen sérieux, sans déterminer de troubles fonctionnels bien accusés alors nous avons le droit d'escompter une guérison probable après l'ablation du foyer d'infection.

Entre ces deux cas, prennent place une foule de cas mixtes qui montrent, après l'intervention, tous les degrés divers d'amélioration que l'on constate chez les tuberculeux opérés.

3° Il est enfin un troisième facteur qui, lui aussi, a son importance, bien qu'il soit le plus difficile à connaître ; c'est le terrain sur lequel est engagé le combat. Il nous servira à expliquer pourquoi deux cas, qui paraissent identiques, ont souvent une terminaison différente. Il est, on le sait, des gens chez lesquels la tuberculose est pour ainsi dire un accident survenu à l'occasion d'un surmenage quelconque, mais l'organisme assiégé est bien disposé pour se défendre, il réagit contre l'envahissement du bacille ennemi, pour peu qu'on lui porte secours, le voilà victorieux. D'autres, au contraire, qui ont reçu en naissant une prédisposition spéciale ou qui l'ont acquise à la suite de misère physiologique, de maladies longues et anémiantes, semblent être un terrain tout préparé pour la culture prospère du bacille de Koch. Le traitement vient parfois leur donner une trêve qui a les apparences d'une victoire ; mais la prédisposition reprend un jour le dessus, et les accidents tuberculeux recommencent.

Nous ne pouvons, à ce propos, nous empêcher de citer ici une observation qui montre cette récidence de la tuberculose sur un terrain mal défendu ; elle prouve, en même temps que l'opération, même dans ce cas défavorable, a apporté aux accidents, une trêve d'une année.

OBSERVATION XVI (Cadeau thèse 1874, p. 46)

Ostéo-arthrite du pied gauche ; symptômes de tuberculose pulmonaire. Amputation de la jambe au tiers inférieur. Guérison.

Sabatier Alexandre, 34 ans, chapelier. Service de M. Verneuil, 23 janvier 1873. Saint-Louis, numéro 47.

Bonne santé habituelle, début des douleurs dans le pied gauche en mars 1872, gonflement, abcès, fistules multiples.

Etat actuel. Osteo-arthrite tarso-metatarsienne suppurée. Etat général mauvais ; le malade est pâle, a beaucoup maigri ; pas d'appétit, dort peu, sueurs nocturnes ; toux sèche. A la percussion, diminution de sonorité du thorax à gauche, à l'auscultation quelques râles sous crépitants de ce côté. Traitement : Iodure de potassium, iodure de fer, huile de foie de morue, vin de quinquina, injections iodées.

Au bout de quinze jours, aggravation de l'état général, toux, sueurs, fièvre hectique, râles plus abondants dans la poitrine.

14 Février. — Amputation de la jambe. Pansement.

17 Juin. — Sort guéri, état général excellent.

19 Mars 1874. — Malade révu. Il jouit de la santé la plus parfaite.

Suite de l'opération précédente; guérison d'émétie deux ans après. Ostéite de la colonne vertébrale; phthisie. (Bernard, thèse 1875, page 45).

Le mieux cesse vers le mois de janvier 1875. Douleur du rein, faiblesse, toux, perte d'appétit. Vers le mois de Février il remarque une petite tumeur indolente, molle, siégeant dans la région lombaire gauche.

Entre en mars dans le service de M. Verneuil. Digère mal, sueurs nocturnes, tousses parfois le matin, submatité aux deux sommets.

La tumeur lombaire fait de nouveaux progrès, M. Verneuil diagnostique un abcès froid symptomatique d'une lésion vertébrale.

Le 3 juin. — Drainage de l'abcès.

L'état général s'aggrave, diarrhée, toux.

25 Juin. — Psoïtis. Aggravation de l'état général, fièvre presque continue, sueurs nocturnes, diarrhée; issue fatale probable.

Ainsi donc, si nous résumons ce chapitre, nous dirons :

Des observations probantes que nous pourrions multiplier montrent que l'ablation des tuberculoses locales chez des tuberculeux pulmonaires est suivie, dans la grande majorité des cas, de bénéfices incontestables pour l'état général du malade, et souvent pour ses lésions pulmonaires.

La guérison complète des lésions pulmonaires est

possible quand elles sont tout au début, lorsque la lésion locale était la cause principale des accidents, et qu'enfin le terrain était réfractaire à l'extension de la tuberculose.

Si l'une de ces trois conditions, degré des lésions pulmonaires, terrain, gravité relative des lésions locales par rapport aux lésions pulmonaires, est défavorable au malade, il n'y a qu'une amélioration de l'état général pouvant présenter tous les degrés, avec souvent une trêve dans les lésions pulmonaires.

La lésion locale est-elle insignifiante par rapport à l'état des poumons, et celui-ci est-il très avancé, l'opération semble laisser stationnaires et l'état général et la lésion pulmonaire.



CHAPITRE III

Observations et arguments défavorables

Nous venons dans le chapitre qui précède, d'esquisser les avantages de l'intervention, nous avons cherché à la montrer raisonnable et profitable, il nous faut maintenant passer à la thèse contraire. Après avoir montré le beau côté de la médaille, nous allons voir si vraiment, comme l'ont prétendu certains chirurgiens, et des plus autorisés, elle a un revers.

Parmi les auteurs cités plus haut dans l'historique, qui sont nettement hostiles à l'intervention, retenons-en deux : Crocq et Verneuil. Le premier, comme nous le verrons par la suite, n'a que des arguments démodés ou absolument dénués de toute valeur scientifique. Le second, infiniment plus redoutable et d'envergure tout autre, a développé les siens dans des publications spéciales, il leur a donné la grande et savante publicité des congrès, il les a fait soutenir et développer dans les thèses de ses élèves. Ce sont surtout ces opinions que nous nous attacherons à discuter et à réfuter.

Pour Crocq et ses arguments, quelques mots seulement. L'intervention chez les tuberculeux pulmonaires ne peut, nous dit-il en substance (1) : « qu'accélérer la marche

(1) Bulletin Académie royale de Chirurgie. 1860, p. 613.

des lésions du poumon; par la suppression du foyer d'irritation périphérique, on sollicite le raptus inflammatoire à se porter davantage vers le foyer pulmonaire. » Il y a beau temps que de pareils arguments n'ont plus cours dans la science, on n'en est plus heureusement à créer ou à maintenir des foyers de suppuration, en quelque point de l'organisme pour ménager ce « foyer d'irritation périphérique » dont doivent bénéficier les lésions pulmonaires.

L'autre de ces arguments est plus curieux encore ; à propos de la guérison de certains malades atteints à la fois de tumeur blanche et de lésions pulmonaires, il se demande : (1) « Si dans les cas rares où on a réussi en amputant des tuberculeux, ils n'auraient pas guéri aussi bien sans amputation ». Concluons : tout malade qui guérit après une intervention, aurait probablement guéri sans elle ; mais dans tous les cas où le malade ne guérit pas, c'est elle qui est coupable du mauvais résultat. Nous n'avons pas besoin d'apprécier cette façon de raisonner, la partialité dont elle est entourée n'est que trop évidente.

Tout autrement scientifiques sont les arguments de Verneuil. Nous avons dit plus haut qu'elle était l'idée qui les avait inspirés ; nous allons, pour la facilité de la discussion les diviser ainsi qu'il suit :

L'opération, chez les tuberculeux, peut être la source de deux ordres de complications ; les unes immédiates, les autres éloignées.

Les premières, les immédiates ; Verneuil les signalait dès 1883 au Congrès de Chirurgie. 1° A la suite des opéra-

(2) Etudes sur les tumeurs blanches, 1867.

tions pour tuberculoses locales on provoque l'envahissement des parties voisines, ou la formation de foyers secondaires en divers points, rapprochés ou éloignés du foyer primitif. 2^e L'infection généralisée, phtisie galopante, méningite... peut suivre directement l'opération ; les vaisseaux sanguins et lymphatiques ouverts dans la plaie, ayant absorbé les bacilles et les ayant disséminés dans l'organisme, où le traumatisme ayant donné un coup de fouet à la diathèse.

Les secondes, plus éloignées, ce sont les influences funestes qu'a eues sur leur diathèse l'acte opératoire ; ils ont bien guéri localement, mais c'est aux dépens de leur santé à venir. « Guéris de leur affection chirurgicale, ils mourront de l'influence tardive qu'a eue l'opération sur leur constitution. »

Nous ne pouvons mieux répondre au premier argument qu'en citant les lignes suivantes tirées d'une excellente thèse, celle de Manson (1) L'auteur parle ainsi des idées de Verneuil.

Ces idées spéculatives n'ont plus cours aujourd'hui. Si l'on a vu des récidives sur place il ne faut pas les attribuer à l'inoculation des parties voisines d'un foyer par l'intervention, mais simplement à la continuation du processus tuberculeux incomplètement enlevé. Ainsi, quand on traite par le curettage des foyers osseux, ce n'est pas toujours une, mais trois, six, dix fois souvent qu'il faut les poursuivre, parce qu'il est rare en une opération de ce genre, d'enlever tout le tissu malade, et qu'il faut s'attaquer

(1) Manson. Thèse Paris, 1894.

à lui dès qu'on le voit repulluler. Et ces malades guérissent.

« D'ailleurs sans la moindre intervention l'inoculation des parties voisines d'un foyer initial se produit. Elle a été signalée d'abord par M. le professeur Lannelongue, qui a vu, à la suite de spina ventosa des doigts, naître, sans aucune intervention, des abcès sur le dos de la main et sur l'avant-bras. »

Et la meilleure preuve de la véracité de ces idées nous est fournie par ce fait que met bien en lumière la thèse dont nous venons d'extraire ce passage. Tandis que l'extirpation radicale des ganglions tuberculeux suppurés ou non ne donne jamais lieu à des récidives locales, le curettage, opération moins violente, moins grave, mais moins complète préférée par les adversaires craintifs de l'intervention, est souvent suivie de récidive.

Et pourtant, pas plus dans le curettage que dans l'extirpation, bien moins même, on a disséminé dans les tissus environnants les bacilles tuberculeux. Les récidives s'expliquent facilement par ce fait qu'on n'a pas tout enlevé, qu'on a laissé dans quelque anfractuosité de la plaie, autour des gros troncs vasculaires ou nerveux, du tissu malade ou même dans la coque des ganglions de petits foyers caséux qui bientôt vont se développer et provoquer une récidive.

Nous ne pouvons insister davantage sur ce chapitre qui sort un peu de notre sujet, ces quelques mots suffiront à montrer combien étaient exagérées les craintes de Verneuil.

Nous serons un peu bref sur les complications immédiates dues à « l'infection généralisée phthisie galopante, méningite,.... les vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

ouverts dans la plaie, ayant absorbé les bacilles et les ayant disséminés dans l'économie. »

Nous ne songeons point un seul instant à nier que des faits semblables existent ; on a vu après des interventions des malades succomber de phthisie pulmonaire, de méningite, de polyadénopathie. Mais le raisonnement est-il bien juste qui veut que l'opération soit la cause de ces accidents exceptionnels. Pourquoi parce que la mort est venue après l'opération la mettre sur le compte de celle-ci.

Par cela même que deux faits se suivent ou coïncident il ne s'en suit pas forcément que l'un soit la cause dont l'autre est la conséquence. Ce serait alors donner raison à ce vieux principe : « post hoc, ergo propter hoc » que tout le monde aujourd'hui reconnaît comme faux.

Et du reste il n'y a pas que les malades opérés qui meurent d'infection généralisée parmi les tuberculeux externes.

M. le Professeur Le Dentu dès 1889 disait avoir souvent vu des méningites aiguës survenant pendant l'évolution d'une tuberculose périphérique sans qu'il y eut d'acte opératoire à incriminer. En 1872. il avait vu un exemple de granulie rapide dans un cas d'arthrite fongueuse du genou qu'on traitait alors par la thermo-cautérisation.

M. Polaillon (Thèse de Thiéry) attribuait déjà l'explosion de la méningite post-opératoire à une marche latente des lésions.

Enfin on verra par les deux observations qui vont suivre, et que nous publions à dessein, qu'on peut rencontrer des cas où la généralisation s'est produite sous les yeux, pour ainsi dire, du chirurgien, au moment même où

l'on parlait pour le malade, d'intervention ; si bien que si celle-ci eut été faite, on l'eut, sans hésitation, rendue coupable de cette généralisation.

Pour résumer nous ne pouvons mieux faire que de conclure avec Manson : « Ce qui est vrai c'est que la tuberculose a continué, dans les cas de soi-disant généralisation, son invasion et a tué le malade après l'intervention, mais non à cause d'elle, et sans qu'il y ait eu intervention, on a vu chez des malades des généralisations se produire. »

OBSERVATION XVII (Thiery. Thèse 1889, p. 185).

Végétations rectales. Opération remise à une date ultérieure par suite de circonstances accessoires, puis refusée. Ménin-
gite tuberculeuse. Mort immédiate deux jours après le jour fixé pour l'opération. Autopsie.

L. B..., chef de cuisine, entre le 23 décembre 1889 à l'Hôtel-Dieu, salle St-Landry, sous le diagnostic d'hémorroïdes enflammées. La teinte jaunâtre de la face nous fait d'abord croire à un néoplasme rectal ; de fait, il souffre, a de l'incontinence des matières et a rendu du sang.

A la vue on aperçoit un bourrelet rouge, en forme de fraîsés pédiculées, se réduisant au toucher mais que l'on sent en arrière au niveau de l'ampoule rectale. Le malade répond bien aux questions qu'on lui pose.

Le 27 décembre, M. Ricard songe à l'opérer, on conduit donc le malade à la salle d'opération. Très abattu depuis la

veille, il se trouve en outre qu'il a mangé. L'opération est remise au lendemain.

Le malade est bizarre d'allure et M. Ricard se demande s'il est sage de l'opérer. M. Verneuil pense qu'il y a lieu de procéder à un examen plus complet et le lendemain M. Ricard lui refuse toute intervention. Le malade se lève, va et vient dans les salles.

Brusquement, le 29 décembre, à onze du soir, le malade meurt.

Le 31 décembre. Autopsie. Rien du côté de l'abdomen, les deux poumons présentent des adhérences totales ; ils ont un aspect granité dû à la confluence des tubercules. A la base droite, il y a une sorte de tissu alvéolaire à ampoules remplies de pus et formé de cavernules confluentes.

Le foie est gros, sans dégénérescence graisseuse. Reins normaux.

Méningite purulente de la convexité droite et de la scissure de Sylvius ; gros tubercule de la lèvre droite de la scissure interhémisphérique, tubercule suppuré de la protubérance.

Les ventricules contiennent une quantité considérable de liquide séreux ; il y a enfin hémorrhagie du ventricule bulbaire et infiltration du sang du côté du bulbe.

Ce fait de méningite latente nous paraît intéressant à publier. Que l'on ait opéré le malade, déjà couché sur le lit d'opération, l'on eut chargé l'acte opératoire d'un méfait dont il était bien innocent, ainsi que l'a prouvé l'abstention de M. Ricard.

OBSERVATION XVIII (Delafield, in thèse de Manson.
Paris 1894).

Femme de 23 ans. Bonne santé habituelle jusqu'à quinze jours avant son entrée à l'hôpital, en octobre 1886. A cette époque, migraine, douleurs dans le dos, vomissements, diarrhée. Pendant la première semaine, continue à vaquer à ses occupations, pendant la seconde se coucha. On suppose une fièvre typhoïde.

A son entrée, 99° Farenh. Respiration 23. Urine sans albumine ni sucre. Plus de diarrhée. Rate un peu grosse, foie normal. Pas de signes particuliers au cœur et aux poumons, sauf quelques râles aux bases. Aspect de la patiente ne ressemblant en rien à celui de la fièvre typhoïde. La température continue à monter. Quelques jours après son entrée, on remarque à l'angle de la mâchoire un ganglion mobile, dur, gros comme une noix. Elle dit avoir depuis le début de sa maladie cette glande, qui a augmenté peu à peu. Dans les autres régions, nul ganglion. Dès ce moment, la température varia de 102 à 104. Les ganglions du cou augmentèrent et descendirent à la clavicule. Rien aux poumons. La malade maigrit et devient très anémiée. Le 4 octobre, un ganglion apparaît dans l'aisselle droite. Le 7 décembre, la malade sortit de l'hôpital. Le 8 janvier, Beale vit la patiente chez elle, la température était remontée, mais l'état général s'était un peu amélioré.

Cette malade avait été examinée par tout le corps médical de l'hôpital. On pensa à une maladie infectieuse, mais on écarta la fièvre typhoïde. Quand le ganglion fut découvert, la question fut de savoir si de tels désordres pouvaient être produits par une simple adénite, puisqu'on ne trouvait aucune lésion. Puis on

pensa à une tuberculose générale sans en trouver de preuves suffisantes. Quand parurent les glandes cervicales et supra-claviculaires, on songea à une tuberculose locale. A cette époque, les signes donnés par les poumons étaient insignifiants : je pensai à l'extension du mal, aux ganglions trachéo-bronchiques.

En janvier elle rentra à l'hôpital dans mon service, L'appétit était minime, douleurs constantes dans l'abdomen. Diarrhée. Cœur, foie, rate normaux. Aucune tumeur abdominale. Dans la région cervicale droite jusque sous la clavicule, masses de ganglions adhérents aux parties voisines. Peu dans l'aisselle droite. Après son admission, température présentant l'après-midi des exacerbations croissantes. Respiration 30 à 40. De jour en jour, faiblesse croissante, amaigrissement, délire tranquille. En février, la malade mourut presque subitement.

Autopsie. Cerveau et méninges normaux. Augmentation de liquide dans les ventricules latéraux. Poumons congestionnés avec œdème ; quelques tubercules miliaires. Cœur normal. Rate un peu augmentée avec nodules blancs, caséux, de la grosseur d'une tête d'épingle à un pois et bacilles à l'examen.

Ganglions mésentériques augmentés, les uns calcifiés, les autres caséux (bacilles tuberculeux).

Reins un peu augmentés de volume.

Dans la région cervicale droite, grosses masses de ganglions lymphatiques allant jusqu'à la trachée, la plupart avec dégénérescence caséuse au centre.

La malade avait du avoir autrefois de la tuberculose des glandes mésentériques, mais avait guéri, puisqu'il y avait calcification. Si à cette époque, il y avait des ulcérations intestinales, il n'en était pas resté de cicatrices.

Son affection actuelle a du commencer par les ganglions mésentériques ; puis les cervicaux se sont pris, et il est apparu...

quelques tubercules dans les poumons, Tout le temps elle eut l'air de souffrir d'une maladie infectieuse.

Aucun des viscères n'était assez malade en lui-même pour expliquer la mort.

Ce cas semble un exemple de la tuberculose aiguë des ganglions mésentériques et cervicaux.

Nous finirons en citant une observation de Manson, où une malade mourut quelques jours après l'opération ; vrai type de ces observations qui, si on veut mal les interpréter, semblent véritablement venir confirmer les faits signalés par Verneuil.

OBSERVATION XIX. — (Manson, thèse, Paris 1894).

Alice R..., 40 ans, décédée.

Adénopathie cervicale droite.

Père rhumatisant. Deux sœurs sont mortes de tuberculose pulmonaire.

N'a jamais été malade.

Entrée à Trousseau, le 26 août 1894, pour ganglions tuberculeux du cou, ayant débuté, il y a 2 ans. A cette époque on constate une énorme masse ganglionnaire ayant envahi tout le côté droit du cou. Une première, dure, résistante, et paraissant fixée aux parties profondes, à la région angulo-maxillaire droite à laquelle fait suite une chaîne de ganglions composée de trois portions, chacune de la grosseur d'une noix, dure et mobile. Une petite chaîne suit la région sous-maxillaire et aboutit à une petite agglomération, à la région angulo-maxillaire gauche.

composée de 4 à 5 ganglions, variant d'un pois à une noisette, parfaitement mobiles.

Opérée le 1^{er} septembre 1894. Extirpation des masses ganglionnaires cervicales droites.

La température qui, à l'entrée de l'hôpital était de 39°, se maintient entre 39 et 40 jusqu'à l'opération. Tombée à 38 le lendemain pour remonter et atteindre 40 le 9 septembre. L'état reste sensiblement le même depuis l'opération jusqu'au 11.

Ce jour-là la malade est beaucoup plus abattue. Le 12 elle se plaint, et quand on veut l'examiner, demande qu'on la laisse dormir.

On constate au poumon, surtout à droite, des râles sous crépitants, sibilants et ronflants. Battements du cœur précipités, soubresauts musculaires.

7 Septembre. — Ablation des fils. Plaie en parfait état.

12. — Pas d'albumine dans les urines.

Enveloppement sinapisé. Mort le 13 à minuit.

Autopsie. — Cerveau. Base fortement congestionnée, quelques hémorragies capillaires à la surface des circonvolutions. Pas de pus ; adhérence des deux hémisphères à la partie antérieure près de la base. Un point de ramollissement à la partie postérieure des circonvolutions orbitaires droites. Méninges congestionnées, à l'entrecroisement des nerfs optiques est la région la plus congestionnée. Quelques rares granulations miliaires.

Poumons. Quelques tubercules aux deux sommets, un peu plus à droite. Adhérence de la plèvre au niveau du sommet droit. Un peu de pus à l'ouverture de la bronche droite.

Cœur, foie normaux. Intestin, péritoine normaux. Au niveau du hile du foie, volumineux paquet de ganglions. Rein un peu congestionné.

Si on consulte la feuille de température, on verra qu'avant

l'opération la malade présentait tous les soirs des ascensions à 39° et au-dessus, que le jour de l'opération et le lendemain la courbe a plutôt été meilleure, mais bien passagèrement pour osciller entre 38°6 et 40° jusqu'à la mort, sans que rien du côté de la plaie puisse expliquer l'élévation de la température.

La tuberculose méningée et pulmonaire évoluait après comme avant l'intervention, et la mort aurait été la conclusion obligatoire. Quand bien même on n'eut pas opéré.

Cette dernière observation est particulièrement intéressante si on la lit parallèlement à la précédente.

Nous avons tenu à réfuter aussi complètement que possible les arguments contre l'opération que Verneuil a tirés de ce qu'il appelait les complications immédiates ; et si nous avons paru nous éloigner un peu de notre sujet, cette discussion était importante pour nous, car la tuberculose pulmonaire était pour les non-interventionnistes une des formes qui favorisaient le plus l'infection généralisée.

On trouve même, dans les thèses des élèves de Verneuil certaines observations sur lesquelles nous nous arrêterons quelques instants, car elles veulent prouver le fait suivant, qui, lui, nous intéresse particulièrement ; je veux dire l'aggravation subite, à la suite d'une opération, de lésions pulmonaires préexistantes, entraînant parfois la mort immédiate.

Ces faits même dans les cas de terminaison fatale, et surtout dans ceux-là, méritent une discussion d'autant plus serrée que ce sont eux qu'on tourne contre nous. Peut-être

une interprétation impartiale montrera-t-elle qu'en réalité ils ne disent rien de ce qu'on veut leur faire dire.

OBSERVATION XX (Vincent, thèse Agrégation 1878, p. 289)

Tumeur blanche du poignet ; amputation de l'avant-bras. Mort de phtisie pulmonaire au troisième degré.

B...., 26 ans, entre salle Saint-Augustin, le 16 juin 1871 pour tumeur blanche du poignet gauche, dont le début remonte au mois de décembre 1870.

Au mois de septembre, l'abondance de la suppuration, l'acuité des douleurs, l'épuisement par une diarrhée liée à la tuberculose ; la destruction totale des os du carpe fait décider l'amputation de l'avant-bras, qui est faite le 27 par M. Panas.

La diarrhée persiste, l'amaigrissement et l'épuisement deviennent extrêmes, le malade succombe treize jours après l'opération.

Autopsie. — Phtisie pulmonaire à la période extrême, excavation de haut en bas ; à peine reste-t-il du parenchyme non altéré.

En toute impartialité, il nous est impossible de faire comme le docteur Leroux, dans la thèse duquel nous puisons cette observation, c'est-à-dire, de prétendre que l'opération a été cause de la mort du malade. La relation de l'autopsie est assez éloquente dans sa concision.

Combien voyons-nous de tuberculeux, auxquels on n'a pas fait d'amputation, présenter à l'autopsie des lésions beaucoup moins étendues que ces « excavations du haut en bas, laissant à peine du parenchyme non altéré ».

Autre observation tirée de la thèse de M. Thiéry.

OBSERVATION XXI (Thiéry, p. 169).

Fistule anale. Tuberculose pulmonaire. Hémoptysie. Opération.
Retour des hémoptysies. Mort immédiate.

G. P..., 57 ans, charpentier. salle Saint-Pierre, n° 18.

Entré le 21 mars 1888. Service de M. le professeur Le Fort.

Au mois d'octobre 1887, a eu à la fesse gauche un abcès qui s'est ouvert au bout d'un mois. Depuis cette époque il perd des matières. Actuellement l'orifice externe se voit sur la fesse gauche.

25 mars. Le malade a eu hémoptysie abondante.

26 mars. Le malade rejette quelques crachats colorés.

6 avril. Le malade ne crache plus de sang, mais il tousse toujours.

12 avril. On pratique au bistouri l'opération de la fistule anale, le malade est anesthésié par le chloroforme, son état est satisfaisant.

16 avril. Le malade a une hémoptysie abondante pendant la nuit, le sang qu'il a rendu, d'un rouge vif, remplit le crachoir.

Le même jour, le malade meurt subitement en deux mi-
Courtis

nutes, en prenant un potage, malgré deux injections d'éther qui restent sans résultat.

A l'autopsie, on trouve une infiltration tuberculeuse compacte aux deux poumons. Au sommet du poumon droit, on découvre une caverne ; le poumon gauche contient, en son centre, de l'hépatisation tuberculeuse.

Rien au cerveau.

Ainsi voilà un malade qui a une caverne. Dans cette caverne un vaisseau s'ulcère, une hémoptysie foudroyante s'en suit et il meurt. C'est là, me direz-vous, terminaison que l'on voit tous les jours et sans autre cause connue que l'évolution des lésions chez les tuberculeux à la troisième période. D'accord, mais comme ce malade a subi quatre jours auparavant l'incision d'une fistule anale, on met l'hémoptysie et la mort sur le compte de l'opération. Peut-on logiquement s'appuyer sur ce fait pour prouver l'action néfaste de l'intervention chez les tuberculeux pulmonaires ?

Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer à l'observation qui suit et prise dans la même thèse, au même chapitre intitulé : « Aggravation des lésions pulmonaires antérieures à l'opération par le fait de celle-ci. »

OBSERVATION XXII (Thiéry, thèse Paris 1889).

Tuberculose pulmonaire avancée. Uréthrotomie interne. Hémoptysie foudroyante 2 jours après.

Le nommé P. F..., entre à l'hôpital du Midi le 15 septembre 1886.

Ce malade s'est déjà présenté à deux reprises différentes à la consultation externe pour un rétrécissement de l'urèthre qui rend la miction à peu près impossible. Etant donné l'état général du malade qui est très amaigri, tousse et expectore des crachats caractéristiques, nous lui conseillons, le rétrécissement étant très serré et fibreux, de soigner d'abord l'état général et de revenir nous consulter lorsque sa santé se sera améliorée. Nous le revoyons quelques jours après dans le même état ; à l'auscultation, signes cavitaires très nets ; cependant M. Bazy, qui suppléait M. Humbert pense qu'il n'y a pas lieu de refuser l'intervention chirurgicale à ce malade et qu'il faut supprimer la rétention d'urine qui ne peut qu'aggraver son état.

Le malade entre en traitement le 13 septembre 1886 et le 15 septembre au matin, M. Bazy fait l'urethrotomie interne ; tout marche d'ailleurs régulièrement quand le 15 septembre à midi nous sommes appelés en hâte pour voir le malade qui, nous dit-on, a craché du sang. Nous accourons et ne pouvons que constater la mort par hémoptysie foudroyante.

Dans le même chapitre de cette thèse, trois autres observations accompagnent les deux que nous venons de citer, qui ne sont guères plus probantes. Ce sont ces faits qu'on nous avance pour nous prouver l'aggravation subite des lésions pulmonaires après l'intervention, aggravation pouvant entraîner la mort. D'autre part nous ne pouvons considérer comme des faits permettant la discussion ces résumés d'observations publiées dans nombre de thèses et sur lesquels les auteurs semblent appuyer fortement leurs conclusions.

En voici un exemple.

(Vincent, th. agrégation 1878, p. 289.) Tumeur blanche du poignet. Amputation de l'avant-bras. Mort de phtisie pulmonaire au troisième degré).

Nous la choisissons exprès parce qu'elle est le résumé de l'observation rapportée plus haut. On pourra ainsi les comparer et se faire une idée des matériaux sur lesquels sont basées quelques unes des conclusions que nous travaillons à réfuter. De cette discussion retenons ceci : nous n'avons point trouvé d'observation où l'on ait prouvé d'une façon certaine l'aggravation immédiate de lésions pulmonaires préexistantes par le fait de l'acte opératoire. Nous ne pensons pas qu'on puisse charger l'acte opératoire de cette infection dont on surprend l'éclosion après qu'on est intervenu ; elle doit être attribuée à l'évolution de complications viscérales qu'on a parfois méconnues.

En est-il de même pour les aggravations éloignées que Verneuil au Congrès de Chirurgie de 1889, prétendait être la règle chez les tuberculeux opérés, et entraîner la mort dans le délai de deux ou trois ans.

Nous avons déjà cité plus haut ses paroles, répétons-les ici. « Le plus souvent dans le premier semestre qui suit l'intervention, le succès est complet ; mais si vous suivez les opérés, si vous cherchez à savoir de leurs nouvelles deux ans, trois ans après l'opération, vous vous apercevez que les deux tiers sont morts. Le succès de l'opération avait cependant été complet. Aussi sont-ils sortis guéris. Guéris de leur affection chirurgicale, ils sont morts de l'influence tardive qu'à eue l'opération sur leur constitution. »

Pour nous cette opinion nous paraît un peu trop

absolue, mais c'est là un sentiment personnel que malheureusement nous ne pouvons appuyer sur des faits probants apportés par nous. Rien n'est plus difficile pour quelqu'un dans notre condition que de retrouver des malades deux ou trois ans après qu'on les a vus opérés dans un service.

Pour avoir quelques chances de se faire une opinion sur un pareil sujet, il faudrait disposer de ressources que nous ne pouvions évidemment avoir.

Aussi, acceptons pour un instant l'opinion de Verneuil. Les deux tiers des tuberculeux pulmonaires meurent dans les deux ou trois ans qui suivent leur intervention. Faut-il conclure de là que l'opération semble hâter le terme fatal? Pour être sûr du contraire, il suffit de savoir ce qu'est la marche et la durée de l'affection chez les tuberculeux pulmonaires qui n'ont jamais présenté de lésions périphériques et ont eu par conséquent une cause d'affaiblissement en moins. Écoutons M. Marfan (1).

« La phthisie ulcéreuse de beaucoup la plus commune, aboutit dans la majorité des cas à la consommation et à la mort. D'après les calculs de Louis, la durée moyenne de la maladie est de 1 à 3 ans. »

Les phthisiques opérés obéissent donc à la loi commune, ou semblent même plus favorisés, puisque la moyenne pour eux serait de deux à trois ans. Il n'est donc pas souverainement logique de prétendre que l'opération a eue une influence tardive néfaste sur la marche des lésions pulmonaires. A la rigueur même si nous le voulions, nous pourrions lui reconnaître une influence plutôt bienfaisante puis-

(1) Traité de médecine, t. IV, p. 270.

que dans le premier cas la moyenne de la survie est de 1 à 3 ans, et dans le second cas de 2 à 3 ans. Il y aurait donc moins de mort rapide dans le second cas. Ici comme plus haut au sujet des complications immédiates, nous voyons apparaître le même raisonnement. *Post hoc, ergo propter hoc*. Nous avons déjà dit ce que nous pensions de la véracité de ce principe, il est donc inutile d'insister.

Pour nous résumer, nous dirons :

Les complications immédiates signalées par Verneuil, infection par contiguïté, par généralisation, aggravation subite et souvent mortelle des lésions pulmonaires ne sont encore prouvées par aucune observation : celles dont on a voulu arguer en faveur de ces idées n'ont paru concluantes que parce qu'elles ont été mal interprétées.

Les complications éloignées, c'est-à-dire l'influence tardive sur la marche de l'affection, influence néfaste hâtant le terme fatal, ne sont guères plus prouvées que les précédentes.

Fatalement les malades meurent comme les autres, souvent moins vite que les autres, de leurs lésions pulmonaires que l'ablation des tuberculoses périphériques ne peut avoir la prétention de toujours guérir, ni même d'arrêter pour longtemps. Nous avons essayé de montrer pourquoi dans le courant de ce travail.



CONCLUSIONS

I. — Lorsque les tuberculeux pulmonaires sont atteints de tuberculoses périphériques, l'ablation de ces foyers tuberculeux a généralement une heureuse influence sur la marche des lésions pulmonaires.

II. — Cette heureuse influence peut se traduire de deux façons :

1° Guérison complète de la phthisie.

2° Amélioration notable de l'état général, trêve plus ou moins longue dans l'évolution des lésions.

III. — Parfois l'état général et les lésions semblent ne tirer aucun bénéfice de l'intervention.

IV. — Ces résultats variables s'expliquent par la considération de trois facteurs :

1° Degré d'évolution des lésions pulmonaires.

2° Gravité comparée, au point de vue de l'état général, des lésions pulmonaires et périphériques.

3° Le terrain plus ou moins favorable à l'évolution du bacille.

V. — Les opinions de Verneuil sur l'infection immé-

médiate par contiguité ou généralisation, sur l'influence tardive de l'opération sur la santé des Pthisiques, proviennent d'une fausse interprétation et doivent être rejetées,

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

